

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

649

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marianne PERRIN

née le 13 Octobre 1912, à Bruxelles (Belgique)
Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS (Seine)

**De l'Autohémothérapie
dans les troubles fonctionnels
en Gynécologie**

Président : M. ABRAMI, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

ANNÉE 1937

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marianne PERRIN

née le 13 Octobre 1912, à Bruxelles (Belgique)
Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS (Seine)

De l'Autohémothérapie dans les troubles fonctionnels en Gynécologie

Président : M. ABRAMI, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE
 Léon BINET
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ
 ERUMPT.
 BAUDOUIN
 ABRAMI.
 CHEVASSU
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TUFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL.
 LAVASTINE
 FIESSINGER
 Maur. VILLARET
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBÉCOURT
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU
 COUVELAIRE
 JEANNIN.
 MOCQUOT
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 SERGENT.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 FEY Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK- Urologie.
 BRENTANO
 GASTINEL Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 CHEVALLIER . Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE.	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.).	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY.	
BERT	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR.		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MARI

Dont la profonde affection est mon
plus fidèle soutien dans ma carrière.

A MA MERE

A MON PERE

Dont l'exemple et la tendresse m'ont
faite ce que je suis.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI
Officier de la Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Broussais

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN DALSACE

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Antoine

Qui nous guida de ses conseils et
nous inspira ce travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT PROUST
(*In memoriam*)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL

Dont nous fîmes successivement
l'externe.

AVANT-PROPOS

Nous présentons dans ce court travail un certain nombre d'observations que nous avons recueillies à la consultation de gynécologie de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (Professeur agrégé LÉVY-SOLAL) et à la consultation de Gynécologie du Service du Professeur ABRAMI.

Ces observations se rapportent au traitement des troubles fonctionnels gynécologiques, à l'exclusion des troubles d'origine inflammatoire.

C'est grâce au Docteur Jean DALSACE, chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Antoine, que nous avons pu entreprendre ce travail. Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre gratitude.

De l'autohémothérapie dans les troubles fonctionnels en gynécologie

HISTORIQUE

L'autohémothérapie est un procédé d'application récente tirant son origine de l'homohémothérapie qui est une méthode très ancienne.

En effet, depuis des temps très reculés les hommes ont pressenti plus ou moins obscurément la présence dans le sang de principes vitaux et curateurs. « La vie de la chair est dans le sang », lisons-nous dans la Bible. OVIDE dans ses *Métamorphoses* parle des prêtres égyptiens qui tentaient de rendre aux vieillards leur vigueur passée en pratiquant la transfusion sanguine.

Au Moyen Age, c'est surtout en prenant des bains de sang que l'on fait de l'hémothérapie. Citons toutefois la tentative de transfusion si controversée faite sur le Pape Innocent VIII en 1492.

Au début du XVII^e siècle, la découverte par HARVEY de la circulation sanguine, donna à la transfusion une vogue nouvelle, excessive sans doute et ceci explique l'arrêt du Châtelet rendu en 1668 limitant ou interdisant l'emploi de la transfusion « sans l'avis d'un médecin de la Faculté de Paris ». LOWER en Angleterre.

DENIS et EMMERETZ en France, MEYER en Allemagne, pratiquent la transfusion.

En 1667, DENIS (de Montpellier) remplace la transfusion veineuse chez un malade fatigué par des injections sous-cutanées ou intramusculaires de sang.

Puis, pendant deux siècles, la méthode semble sombrer dans l'oubli. En 1875, VOISIN fait des injections répétées de sang défibriné, à deux aliénés cachectiques. Enfin, en 1906, P.-E. WEILL préconise son emploi dans le traitement de l'hémophilie.

Mais ce n'est en réalité qu'à partir de 1912 que la méthode se perfectionne et s'affine.

SICARD et GUTMAN substituent l'autohémothérapie à l'autosérothérapie dans le traitement de l'épilepsie.

Pour F. RAMOND, la méthode a des effets bienfaisants sur l'état général des malades ; il lui attribue des principes coagulants et l'emploie dans les hémoptysies des tuberculeux. Il propose aussi cette thérapeutique pour le traitement des maladies infectieuses.

La même année encore, en Allemagne, MAYER et LINSER traitent l'herpès gestationnis par des injections sous-cutanées de sérum d'une autre femme enceinte. Ils élargissent la méthode aux prurigo, eczéma, urticaire, prurit sénile.

En 1913, F. WIDAL, P. ABRAMI et Et. BRISSAUD introduisent en thérapeutique la méthode de l'autosérothérapie, et l'appliquent au traitement de l'hémoglobinurie paroxystique, puis de l'asthme et de l'urticaire. En 1914, ils montrent les résultats que cette méthode et celle de l'hémothérapie, auto ou hétéro-

logue permettent d'obtenir dans les états hémophiliques et les purpuras.

SPIETHOF et HENCK (1913) l'appliquent au psoriasis et au strophulus.

ACHARD et FLANDIN utilisent cette thérapeutique dans un cas d'urticaire, envisageant les premiers la désensibilisation. La même année, RAVAUT reprend les expériences de SPIETHOF et propose l'emploi du sang total. Il l'applique au traitement de diverses dermatoses prises au hasard.

En juin de cette même année, TZANCK, dans le service de DARIER, désensibilise les eczémas des blanchisseuses par l'autohémothérapie.

A partir de ce moment, l'autohémothérapie va se généraliser et gagner peu à peu toutes les branches de la pathologie.

SICARD (1914) l'utilise dans le rhume des foins ; RAMOND et GOUBERT (1915), dans la typhoïde ; SICARD (1918), dans l'hémophilie, les états hémorragipares, les anémies cryptogénétiques ; MOURIQUAND (1920), dans les affections à formes traînantes ; TZANCK (1921) dans l'eczéma ; MOURIQUAND (1920), LANZE (1922), LINHART, MOROZKIN, KOENIGSFELD (1927), dans les maladies infectieuses ; LEDWIG (1926), dans la grippe ; IVANOFF (1927), dans la typhoïde et la variole ; FLESCH (1927), dans la pneumonie des enfants ; SEOANE (1934), dans les broncho-pneumonies infantiles ; FAUVET (1922), KUHN-SCHIRAK (1927), VON BOKAY (1928), dans la furonculose ; MOURIQUAND (1921), de MICHEL (1926), PENS, HAVRAECK (1927), MENNITI (1928), dans

différentes formes de tuberculoses médicale et chirurgicale ; QUERY (1921), EPSTEIN (1927), LANDT (1928), dans la blennorragie et ses complications ; DESCARPENTRIE (1926), COHN CREMPIN, SCHWAB (1927) et WACHTEL (1928), en gynécologie et dans l'infection puerpérale ; MOUHTAR et SANDURRA (1926), HINJE, HARTUNG et CLEMENTI (1927), AXHAUSEN (1928), dans différentes affections chirurgicales ; DEBRE et TOURNET (1922), BLOUQUIER de CLARET et BRUGAIROLLES (1923) BRECHOT (1925), KAUFMAN (1927), dans le cancer ; SCHAAACK (1926), HOFFENIZ (1927), SIEGENFELD (1928) BENOIT (1935-1936), dans la prophylaxie et le traitement des complications pulmonaires post-opératoires ; SCHULMANN (1920), dans l'œdème angioneurotique ; MORGENSTEIN (1928), dans la maladie du sérum ; PAILLARD (1928), dans la goutte ; DURAND (1921), dans la migraine ; TARTERAT (1926), CARRANZA ORGAZ (1927), LLERENA BENITO et THUET (1928) FAURE (1930), dans l'asthme ; VAN ITERSON (1927), dans l'ozène ; GUISSANI (1928), dans différents domaines de l'oto-rhino-laryngologie ; ANGELUCCI (1926) et SALVATI (1928), dans différentes affections oculaires ; SCIACCA et CAMPO y IBANEZ (1927) et de LOGU (1927), dans le trachome ; SALVATI et de CAPITE (1928), dans la conjonctivite ; PETIT (1928), dans la sclérite ; DROUET et DERICES (1923), dans le zona ophtalmique ; NICOLAS, GATE et DUPASQUIER (1921, 1922 et 1924), CHEINISSE (1921), GALLE et ROMAIN (1922), CASTAIGNE et PAILLARD, LOUSTE, THIBAUD et BARBIER (1923), DUMOLLARD (1923-1924), BREDA et

SCHULMANN (1924), CASTELLINO, DRACULIDES et METZGER (1925), ARANA et SOTELOZ (1926), LIETTA, LIFSCHITZ et ROI (1927), CIPPARONE et ZIEPPA (1928), l'appliquent aux différentes parties de la dermatologie ; FALCOZ (1925), dans les adénites chancrelleuses ; KELLER (1930), dans la lèpre ; FISCHMAN (1935), dans le traitement des verrues ; LELLOUCHE, CRESPIN et ATHIAS (1920), dans les anémies ; BOURGES et MERCANDIER (1921), dans l'encéphalite épidémique ; SICARD, HAGUENEAU et WALLICH (1927), dans la poliomyélite ; Mlle PASCAL et DAVESNE (1926-1927), dans la démence précoce ; MITLIN et POSDINAKOW (1927), dans l'épilepsie et quelques maladies mentales ; Mlle CHIARLI (1928-1929), dans les maladies mentales.

Par ce court exposé, on se rend compte que la méthode s'est considérablement développée ; elle s'est généralisée et appliquée aux états morbides les plus divers.

Dans ces dernières années, la méthode trouve des utilisations qui s'éloignent de son but primitif. Le sang est pris comme vecteur de produits endocriniens (hémocrinothérapie de FULDERMAN), comme modificateur du terrain, pour lutter contre les antiphages dans la thérapeutique par les bactériophages (RAIGA).

En 1933, TZANCK, dans son livre sur la transfusion sanguine et l'hémothérapie, précise l'action curatrice du sang qui agirait comme stimulant et qui provoquerait des réactions de la part de l'organisme. Ceci diffère de la vaccination et de la désensibilisation non spécifique qui n'ont qu'une action prophylactique et palliative.

APPLICATION DE L'AUTOHEMOTHERAPIE A LA GYNECOLOGIE

L'application de l'autohémothérapie à la gynécologie est une méthode d'acquisition récente.

Un de ses précurseurs paraît avoir été LAPEYRE qui, dès 1908, traite les métrorragies par des injections de sérum animal.

Un auteur allemand, BUSSE, l'année suivante, publie un article sur le traitement des hémorragies post-partum par l'injection intramusculaire de sérum humain. Il communique également deux observations d'après lesquelles des règles d'ordinaire abondantes sont redevenues normales après ces mêmes injections.

P. E. WEILL reprend les expériences de LAPEYRE et de BUSSE ; il présente en 1912 à la Société Médicale des Hôpitaux une série d'observations de traitement des ménorragies de la puberté par des injections de sérum de cheval. Puis l'année suivante, il traite des hémorragies génitales de la femme par injection de sérum humain que l'on a séparé du caillot après un repos de vingt-quatre heures. Mais craignant une stérilisation défectueuse et la transmission possible de

certaines infections, notamment la syphilis, il revient aux sérums animaux.

Plus tard, on applique à la gynécologie l'autohémolysothérapie.

ZIMMERMANN (1923) emploie la technique suivante : 20 cc. de sang pris à la veine sont réinjectés par voie intramusculaire (résorption rapide). Aux 20 cc., il ajoute 2 cc. d'eau distillée. Cette teneur de dix pour cent d'eau stérilisée suffit, dit-il, à dissoudre les érythrocytes. L'auteur a employé cette méthode dans le traitement des hémorragies ovariennes, des hémorragies pubertaires et ménopausiques. Il cite un certain nombre d'observations très intéressantes.

CAS 3. — Femme de trente-cinq ans nullipare. Hémorragies ovariennes. Une injection de 20 cc. Le lendemain arrêt de l'hémorragie.

CAS 4. — Femme de dix-neuf ans, nullipare. Salpingoophorite. Menstruations irrégulières. L'injection fait cesser les hémorragies.

CAS 7. — Jeune fille de vingt-cinq ans. Dysménorée et hyperthyroïdisme. Grande amélioration.

CAS 8. — Jeune fille de dix-sept ans. Rétroversion de l'utérus mobile. Pas encore réglée, mais toutes les quatre semaines, présente une éruption sur le front d'une durée de 8-10 jours, avec formation de pustules. L'injection supprime l'éruption.

Un auteur allemand, WACHTEL, en 1928, reprend les mêmes expériences. Pour éviter la présence des érythrocytes, il emploie également le sang lysé (3 cc. de sang mélangé à 7 cc. d'eau distillée). Il publie un

certain nombre d'observations ayant trait principalement au traitement des ménorragies. Il constate une amélioration après environ trois ou quatre piqûres.

Enfin, il semble que ce soit également à un auteur allemand, STERNHEIM, que l'on doive les premiers essais d'autohémothérapie en gynécologie.

En effet, en 1932, il a obtenu, dans tous les cas de troubles ovariens, troubles menstruels et ménopausiques, les meilleurs résultats en combinant le traitement ovarien et l'autohémothérapie. Cette dernière thérapeutique, dit-il, donne un regain d'activité aux organes fatigués ou paresseux. L'autohémothérapie donne une suractivité aux hématies. Le traitement est simple, sans danger ni douleur. Quelques centimètres cubes sont prélevés à la veine cubitale et réinjectés ensuite dans le muscle. L'auteur ajoute que les injections ne doivent pas être répétées trop souvent, il faut compter, dit-il, avec les règles biologiques, afin que l'excitation provoquée par l'injection soit terminée avant le début d'une nouvelle phase.

Par ailleurs, il apparaît que certains auteurs ont constaté, au cours du traitement de diverses affections par l'autohémothérapie, des modifications dans les règles.

DAVESNE, en 1927, cite le cas suivant, dans un travail sur le traitement de la démence précoce par l'homohémothérapie.

Yvonne L..., 18 ans, entre à l'asile de Châlons-sur-Marne, le 12 avril 1924, pour démence précoce. Du 28 juillet au 3 août, elle reçoit quatre injections de

20 cc. de sang total d'une démente précoce en rémission.

« Le 23 août, les règles, qui avaient disparu depuis le 9 mai, réapparaissent, l'état mental n'est pas modifié, mais l'état physique est meilleur ; le 20 septembre, les règles viennent de nouveau ». L'amélioration se poursuit et la malade sort guérie le 10 novembre.

L'auteur semble d'ailleurs conclure que le sang a apporté à une malade déficiente des sécrétions hormonales étrangères.

Enfin, parmi les conclusions, nous relevons celle-ci : « L'injection de sang, même à ces doses légères, constitue une greffe sanguine qui apporte des éléments vivants en pleine régénération dans un organisme défaillant. Elle stimule les organes hématopoïétiques et les glandes endocrines. Son action cytothérapique se manifeste surtout dans la guérison des troubles aménorrhéiques et des états de dénutrition. »

A nous-même, une dame J. B..., âgée de 22 ans, nous a rapporté ne plus souffrir de ses règles depuis une série d'autohémothérapie pratiquée pour un eczéma deux ans auparavant.

C'est d'ailleurs en traitant différentes affections par l'autohémothérapie que le Professeur ABRAMI a constaté l'influence de cette thérapeutique sur les fonctions génitales de la femme et qu'il l'a appliquée à différents troubles gynécologiques.

TECHNIQUE

C'est la technique habituelle des ponctions veineuses. Après compression élastique du bras, on ponctionne une veine au pli du coude ou à défaut de l'avant-bras et on réinjecte dans les masses profondes de la région fessière.

Nous prélevons en général 5 cc. à la première piqûre pour tâter la sensibilité de la patiente et, nous passons d'emblée à 20 cc. dès l'injection suivante, si la première a été bien supportée.

Nous avons pratiqué des injections en moyenne tous les cinq jours. Nous en faisons, en général, une série de six à huit. Pour les séries itératives, on a souvent intérêt à remplacer l'autohémothérapie par l'autohémoglobinothérapie. On prélève 10 à 20 cc. de sang que l'on mélange à 5 cc. d'eau bidistillée. Il semble que l'on ait intérêt à laisser le sang et l'eau bidistillée en contact quelques secondes à quelques minutes avant de le réinjecter. Quant le contact a été plus long, le choc apparaît plus net.

Les incidents sont assez rares au cours du traitement, cependant il conviendra de pratiquer les injections avec beaucoup de soin.

Nous avons parfois constaté au moment de l'inject-

tion dans la région fessière une légère douleur qui a pu persister quelques heures ou quelques jours. Nous conseillons de pratiquer les injections alternativement de chaque côté, car il peut se faire que la résorption sanguine soit assez lente et qu'il persiste un léger hématome au moment de l'injection suivante.

Mais ce ne sont là que des incidents qui n'empêchent en aucune manière de poursuivre le traitement.

Beaucoup plus graves peuvent être les accidents de choc, parfois constatés, accidents en tous points semblables à ceux que l'on observe dans les transfusions avec un groupe inadéquat.

Nous-même avons observé à deux reprises des accidents de choc.

Mlle R. M., 16 ans, présente de l'aménorrhée avec obésité. Devant l'échec de différents traitements, on essaie l'autohémothérapie. A la première piqûre, Mlle R. M. fait un très léger choc ; on poursuit cependant les injections ; la seconde est bien tolérée, mais à la troisième, la malade fait une nouvelle réaction de choc et on interrompt le traitement.

Beaucoup plus impressionnant est le second tableau. Il s'agit de Mlle T. P., 49 ans, hysterectomisée pour fibrome et qui présente beaucoup de bouffées de chaleur ne cédant pas au traitement ovarien. Dès le premier essai d'autohémothérapie, la malade fait un choc intense avec vomissements, paleur, hypothermie, refroidissement des extrémités.

Mais ce sont là des accidents assez rares, si l'on a

soin d'essayer la sensibilité du sujet par une première injection peu volumineuse ; les réactions souvent dramatiques que l'on peut observer, commandent l'interruption du traitement, mais restent malgré tout sans lendemain.

OBSERVATIONS

Nous classerons les observations que nous avons recueillies selon la nature des troubles étudiés.

Cette classification comprend :

LES TROUBLES DE LA MENSTRUATION.

LES MÉNORRAGIES.

LES MÉTRORRAGIES.

LE PRURIT VULVAIRE.

LES TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.

LA STÉRILITÉ.

LES TROUBLES DE LA MENSTRUATION

Nous comprendrons sous ce titre très large un certain nombre de cas de dysménorrhées proprement dites. Nous y adjoindrons des observations ayant trait à certains malaises accompagnant parfois les règles, nausées, vomissements, céphalée, par exemple.

Observation I. — Mme J. B..., 21 ans.

La malade souffre avant l'apparition des règles, qui par ailleurs sont régulières durant quatre jours, d'abondance normale et sans caillots.

L'examen ne montre rien d'anormal.

Après 6 A.H., les règles ne sont plus douloureuses.

La guérison persiste.

Observation II. — Mme G. S., 25 ans.

La malade est réglée régulièrement ; mais elle est très fatiguée 10 à 12 jours avant les règles, et, lors de celles-ci, présente de violentes douleurs lombaires.

On ne trouve rien à l'examen.

Après 2 A.H. seulement, la fatigue et les douleurs cessent. Sept mois plus tard, on apprend que la malade n'a présenté qu'une crise douloureuse durant ce laps de temps.

Observation III. — Mlle G..., 32 ans.

Les règles douloureuses d'emblée s'établissent à 17 ans. A 18 ans, la malade présente une anémie sérieuse avec aménorrhée de 10 mois.

Actuellement, les règles sont très pénibles, douloureuses pendant 8 à 12 heures, s'accompagnant de selles douloureuses, et interdisant à la malade toute activité pendant une journée.

Examen : Utérus couché en travers ; col à gauche. Rien d'annexiel. Col sain.

Après 4 injections d'auto-sang, les règles bien moins douloureuses surviennent la nuit entraînant une insomnie d'une heure, seulement, alors que précédemment les douleurs tenaient la malade éveillée jusqu'au matin. Le lendemain, l'impression de bien-être est générale.

A la fin du traitement, après 8 injections, les règles sont tout à fait normales. Mlle G... se dit absolument transformée tant au moral qu'au physique.

Dans ces trois observations, seul l'élément douleur existe. Bien plus souvent des troubles variés s'y associent ; nous en verrons divers exemples dans les observations qui vont suivre.

Observation IV. — Mlle M. T. B., 23 ans.

Les règles sont régulières, d'abondance normale. Toutefois, depuis 6 ans, elles s'accompagnent de douleurs extrêmement vives et de vomissements, le premier jour. La malade s'alite alors dans une chambre obscure et les jours suivants, reste très fatiguée.

L'examen montre un utérus petit, dévié en avant et à gauche, mobile. Rien d'annexiel.

On institue une série de 8 A.H.

À la quatrième, les règles surviennent, bien moins douloureuses, sans la moindre nausée et sans fatigue dans les jours qui suivent.

Un mois après, pour la première fois depuis trois ans, la malade n'a plus besoin de s'aliter.

Trois nouvelles A.H. sont encore faites, les règles surviennent alors tout à fait normales et Mlle B. a même pu faire du ski ; elle se déclare enchantée du traitement.

Un an après, la guérison persiste.

Cette observation est intéressante, non pas seulement par les résultats obtenus, mais aussi parce qu'elle montre bien qu'il faut savoir parfois prolonger le traitement pour parfaire complètement la guérison.

OBSERVATION V. — Mme S..., 27 ans.

Les règles toujours douloureuses avaient été améliorées à la suite d'une grossesse il y a 8 ans. Mais, depuis un an et demi, la malade recommence à souffrir. Les règles sont irrégulières dans leur date et leur abondance : elles sont souvent traînantes, s'accompagnant de caillots, et alors plus douloureuses.

Examen : Utérus volumineux, irrégulier, en antéversion exagérée, mobile. Rien d'annexiel.

On fait une série de 8 A.H.

À la deuxième injection, les règles surviennent toujours abondantes, mais bien moins douloureuses.

Après le traitement, les règles s'établissent régulièrement, sans douleur ; leur abondance et leur durée sont normales.

A l'examen, l'utérus est décongestionné.

Dans ce cas, le traitement a agi tout d'abord sur l'élément douleur pour améliorer ensuite les autres troubles. A cette observation nous rattacherons la suivante.

Observation VI. — Mme P. B., 22 ans.

Les règles apparues à 13 ans surviennent tous les 30-32 jours, durant 4-5 jours, mais beaucoup moins abondantes qu'autrefois. Elles s'accompagnent de douleurs pendant trois heures environ.

Examen : Utérus attiré en arrière, mais en antéversion. Rien d'annexiel.

Après une série d'A.H., la malade est beaucoup mieux. Les règles ne sont plus douloureuses, mais toujours peu abondantes.

Mais à partir des mois suivants, l'abondance des règles est tout à fait normale, cependant que la malade ne souffre plus.

Ainsi nous voyons, comme dans l'observation précédente, que le traitement a agi d'abord sur l'élément douleur, et ensuite sur l'abondance des règles.

Observation VII. — Mme A. C., 44 ans.

Depuis quatre ans, les règles sont irrégulières et surtout depuis un an et demi. La malade a eu en effet ses règles en juillet, octobre, novembre 1934, février, avril, mai, août 1935. Actuellement, 7 février 1936,

elle n'a plus eu de règles depuis le 24 décembre 1935.

Elle accuse par ailleurs des maux de tête, quelques douleurs dans le bas-ventre, elle n'a pas de bouffées de chaleur, mais a grossi de plus de 10 kgs.

L'examen ne relève rien d'anormal.

Après une série d'A.H., les troubles associés disparaissent et les règles s'établissent normalement en avril, mai, juin, juillet, date à laquelle la malade n'est plus suivie.

L'absence de bouffées de chaleur et le fait que les règles se sont rétablies normalement nous a fait rattacher ce cas au groupe des dysménorrhées, cependant il semble bien que cette observation présente une certaine analogie avec celles de troubles de la ménopause étudiés plus loin.

Observation VIII. — Mme D. S., 31 ans.

Les règles établies à 12 ans ont toujours été régulières jusqu'à ces derniers mois. En outre, elles sont douloureuses une fois sur deux ; leur début est annoncé par quelques pertes de sang épais et brunâtre pendant deux jours environ. La malade est très fatiguée.

A l'examen, l'utérus est petit, en antéversion légère, mobile. Rien d'annexiel.

Après trois A.H., les règles ont débuté nettement, 30 jours après les précédentes. La malade est moins fatiguée.

Après 8 A.H., les règles sont tout à fait normales. La malade ne souffre plus et son état général est bon.

Observation IX. — Mme O. D., 24 ans.

La malade a été réglée à 13 ans, toujours avec une avance de 5-6 jours. Les règles sont peu abondantes, avec quelques caillots. Elle présente 14 jours avant les règles et le premier jour de celles-ci des migraines avec parfois des vomissements.

L'examen ne montre rien d'anormal.

Après 5 A.H., les règles s'établissent régulièrement et ne s'accompagnent plus d'aucun trouble.

Dans ces observations, nous avons vu l'autohémothérapie faire disparaître totalement les différents troubles des règles et ceux qui leur sont associés. Mais nous verrons dans les observations qui vont suivre, que le traitement peut n'agir seulement que sur une partie de ces troubles, amenant néanmoins une réelle amélioration de l'état des malades.

Observation X. — Mme E. D., 24 ans.

Les règles sont régulières, mais peu abondantes, durant 2-3 jours ; elles sont très douloureuses et s'accompagnent de migraines.

Il n'y a rien à signaler à l'examen.

Après 10 A.H., la malade a moins de migraines et souffre moins au moment des règles. Mais celles-ci restent toujours peu abondantes.

Observation XI. — Mme C. V., 30 ans.

La malade a des règles régulières tous les 30 jours, elles sont d'abondance normale, durant 4 jours, mais mêlées de caillots, elles sont douloureuses le premier jour et s'accompagnent de fortes migraines.

Au toucher vaginal, l'utérus est mobile, en position indifférente.

On commence une série d'A.H.

Après la quatrième injection, les règles apparaissent avec trois jours d'avance ; elles durent deux jours seulement, mais plus abondantes et sans caillots ; elles sont toujours très douloureuses. La malade se sent mieux et a moins de maux de tête.

On continue jusqu'à 12 A.H. Les caillots disparaissent des règles ; la malade n'a plus de maux de tête, mais les douleurs persistent.

Observation XII. — Mme R. W., 31 ans.

A la suite d'une grossesse, les règles primitivement normales deviennent irrégulières, certains mois très abondantes avec caillots, d'autres fois peu abondantes ; elles s'accompagnent de migraines les deuxième et troisième jours.

L'examen ne révèle rien d'anormal.

La série d'A.H. instituée régularise les règles mais reste sans action sur les migraines.

Ainsi, en résumé, dans l'une de ces observations, les migraines et les douleurs ont disparu, cependant que les règles restaient peu abondantes ; dans l'autre les migraines disparaissent également, les règles se produisent sans caillots mais restent douloureuses ; dans la dernière enfin, ce sont les migraines qui résistent au traitement, alors que les règles se régularisent.

Mais dans ces trois cas, bien que l'amélioration

n'ait été que partielle, les malades ont été très satisfaites du traitement ; en effet, l'autohémothérapie n'a nullement aggravé les troubles sur lesquels elle restait sans action, et que l'on pourra essayer de réduire par un traitement complémentaire.

Dans cet ordre d'idées, nous rapportons un fait clinique où l'autohémothérapie a été associée à un traitement électrique.

Observation XIII. — Mme L. P., 22 ans.

Les règles établies à 14 ans 1/2, sont irrégulières, peu abondantes, s'accompagnant de douleurs à type de crampes.

On ne signale rien à l'examen.

Après 2 A.H. et 2 séances d'ondes courtes, les règles s'établissent très régulières, non douloureuses et durent 7 jours.

En dernier lieu, encore que dans notre travail nous n'envisagions que les affections gynécologiques purement fonctionnelles, il est intéressant de constater l'action bienfaisante de l'autohémothérapie sur des troubles des règles, même quand ils sont associés à des lésions inflammatoires que l'on traite également.

Observation XIV. — Mme S. L., 23 ans.

La malade vient consulter, d'une part pour des pertes blanches et des douleurs dans la fosse iliaque droite, d'autre part pour des troubles des règles. Celles-ci surviennent toujours avec un retard de 5 à 6 jours ; elles sont précédées de douleurs et doulou-

reuses le premier jour, elles durent 5 à 6 jours et sont mêlées de caillots.

L'examen montre un utérus en antéverson, un cul-de-sac droit douloureux avec trompe perceptible.

On fait 12 séances d'ondes courtes, les douleurs entre les règles sont bien moins violentes. La sensibilité du cul-de-sac droit a diminué, au toucher vaginal.

Cependant les troubles des règles persistent. On institue une série de 8 A.H. Les règles surviennent alors avec moins de retard. Elles sont beaucoup moins douloureuses, ne durent que 3 jours et ne sont plus mêlées de caillots.

Le succès de cette thérapeutique dans les dysménorrhées nous a incité à tenter de l'étendre aux aménorrhées ; nous n'avons obtenu en général que des résultats négatifs, mais il faut remarquer qu'il s'agissait là d'aménorrhées rebelles auxquelles différents traitements avaient été précédemment appliqués sans succès. Citons cependant l'observation suivante :

Observation XV. — Mlle P., 26 ans.

L'aménorrhée, survenue à la suite d'une opération esthétique, remonte à 7 mois.

Des applications de rayons X sur l'hypophyse, 12 injections d'urine de femme enceinte sont restées sans résultat.

Nous essayons l'A.H. Après 2 injections, Mlle P. a vu revenir ses règles une seule fois.

LES MENORRAGIES

Nous avons volontairement écarté du chapitre précédent les ménorragies ; nous les considérons comme des hémorragies coïncidant avec les règles et leur étude nous servira de transition avec celle des métrorragies.

Observation XVI. — Mme M. D., 23 ans.

Depuis 5 ans, les règles sont moins régulières, parfois douloureuses, très abondantes pendant 2-3 jours, puis traînantes pendant parfois plus d'une semaine. En septembre 1935, la malade a eu ses règles deux fois dans le mois, elle est très fatiguée par ses hémorragies.

A l'examen, l'utérus est mobile en position indifférente. Il n'y a rien d'annexiel.

On commence le 23 octobre une série d'A.H.

A la deuxième, la malade se sent beaucoup mieux.

Le 14 novembre, après 6 injections, surviennent les règles. Elles sont peu abondantes le premier jour, plus abondantes les deuxième et troisième, et diminuent ensuite.

Après la fin du traitement, les règles s'établissent régulièrement.

Remarquons que cette observation pourrait rentrer dans le cadre du chapitre précédent, en raison de l'irrégularité des règles et des quelques douleurs qui les accompagnent. Mais leur abondance et leur durée nous la fait rapporter au chapitre des ménorragies dont nous verrons maintenant des exemples plus typiques.

Observation XVII. — Mlle M. D., 16 ans.

Les règles s'établissent à 14 ans, elles sont indolores, peu abondantes mais extrêmement irrégulières. A la suite d'injections d'antélobine, les règles deviennent longues et traînantes durant une dizaine de jours, mais avec parfois un retard de deux mois.

En juillet 1933, survient une ménorragie considérable que ne calme pas le repos au lit. La malade, qui doit se présenter au baccalauréat le lendemain, est très pâle, son pouls est rapide et elle présente des étourdissements. Le temps de saignement est de 4 minutes 30 secondes, le temps de coagulation de 5 minutes.

On fait dans l'après-midi une A.H. de 20 cc.; l'hémorragie cesse vers minuit. Mlle D. peut se lever le lendemain et prendre part aux épreuves de son examen.

Une autre A.H. est pratiquée en décembre, le quatrième jour de règles très abondantes, une troisième en février 1934. Depuis les règles sont normales, durant 4 à 6 jours ; mais à partir d'un séjour en Angleterre s'installe une aménorrhée de quelques mois. Les ménorragies ne se sont plus reproduites.

Le caractère d'urgence de ce cas nous a fait négliger la première injection de 5 cc. de sang que nous avons coutume de faire pour tâter la susceptibilité de la malade.

Observation XVIII. — Mme S. L., 28 ans.

Les dernières règles sont du 1^{er} décembre, survenues avec 7 jours d'avance. La malade continue à perdre, et le 13 décembre vient consulter.

A l'examen, l'utérus est en antéflexion, attiré en arrière, un peu gros, mobile ; il n'y a rien d'annexiel.

Après une A.H. la malade perd beaucoup moins.

A la deuxième, les hémorragies cessent.

Depuis, la malade est réglée régulièrement tous les 21 jours ; les règles sont normales, durant 4 à 5 jours.

Observation XIX. — Mme M.-L. P., 25 ans.

Après une fausse-couche de 3 mois 1/2 faite le 20 octobre, le retour de couches survient le 3 décembre. La malade perd encore 13 jours après très abondamment, aussi bien au lit que debout, et ne souffre pas du ventre.

L'examen montre un utérus un peu gros, mou, en antéversion, rien d'annexiel, le col est sain.

Après une injection de 20 cc. d'auto-sang, l'hémorragie s'arrête en 4 jours pour ne plus se reproduire.

Dans ces trois observations, il est intéressant de constater l'action immédiate d'une injection massive d'auto-sang.

Observation XX. — Mme G. D., 25 ans.

Il s'agit d'une hémogénique qui présente des règles persistantes et abondantes. Ces ménorragies ont débuté il y a trois ans, tout de suite après le mariage, chez une femme antérieurement bien réglée. Cependant, vers l'âge de 18 ans, la malade a présenté des métrorragies mises sur le compte de l'anémie.

Les règles sont régulières, très abondantes durant 20 jours, s'accompagnant de caillots.

L'examen gynécologique est négatif.

Le temps de coagulation est de 19 minutes 30 secondes : le temps de saignement de 2 minutes 30 secondes

Après 2 A.H., les règles apparaissent toujours aussi abondantes, mais à la quatrième injection, elles ne durent qu'une journée et demie et ne s'accompagnent pas de caillots.

Nous ne pensons pas que dans cette observation les ménorragies soient en rapport avec les troubles hémogéniques présentés par la malade ; en effet elle a été bien réglée assez longtemps. Cependant rappelons que SICARD, en 1918, avait déjà appliqué avec succès cette méthode thérapeutique à différents états hémorragipares.

Observation XXI. — Mme R. D., 47 ans.

La malade présente des règles prolongées durant 12 jours et survenant toutes les trois semaines, les règles sont très abondantes et s'accompagnent de caillots. Ces troubles remontent à un an. Auparavant,

Mme D. était réglée tous les 21 jours et beaucoup moins abondamment. De plus, la malade présente beaucoup de bouffées de chaleur.

L'examen révèle que l'utérus, en position indifférente, est un peu gros et légèrement sensible.

Après 8 A.H., les règles n'ont duré que 4 jours, moins abondantes et sans caillots.

L'état général est bien meilleur.

Cette observation dépasse le cadre des ménorragies pures. En effet, d'une part, elle paraît se rattacher aux troubles de la ménopause que nous étudierons dans un chapitre ultérieur ; d'autre part, il peut s'agir là d'un début de fibrome. A ce sujet et encore que les ménorragies d'origine fibromateuse ne nous intéressent pas directement dans ce travail, nous rapportons quelques observations dans lesquelles nous avons essayé cette thérapeutique.

Observation XXII. — Mme C. L., 33 ans.

Depuis trois mois les règles sont très abondantes, mêlées de caillots, et durent 10 à 15 jours. Auparavant les règles étaient régulières, durant de 7 à 8 jours.

Au toucher on trouve un utérus fibreux, un peu gros, en antéflexion, mobile, des annexes saines.

Au spéculum il apparaît une grosse métrite du col, avec ulcération, que l'on diathermocoagule.

Après 8 A.H. la malade est très améliorée, les règles sont beaucoup moins abondantes et sans caillots.

Observation XXIII. — Mme S..., 43 ans.

La malade vient consulter pour des troubles remontant à un an.

Peu après leur début, les règles présentent un temps d'arrêt pour reprendre ensuite très abondantes, mêlées de caillots, douloureuses, durant 8 à 10 jours.

Depuis un mois la malade perd involontairement quelques gouttes d'urine.

L'examen montre un fibrome mobile, du volume d'un très gros poing, avec un petit noyau antérieur et un prolongement droit.

Après 8 A.H. les règles sont moins abondantes, moins longues et sans caillots. Cette amélioration dure trois mois. Mais le fibrome continuant à grossir (il est maintenant à l'ombilic, dur et douloureux), les hémorragies reprennent et une intervention chirurgicale est maintenant nécessaire.

De ces deux observations il apparaît que la méthode peut avoir une influence heureuse sur les hémorragies du début des fibomes, sans cependant modifier l'évolution du fibrome lui-même. On aura néanmoins intérêt à l'employer pour tenter de différer l'intervention et parfois d'atteindre la ménopause qui, dans certains cas, fera régresser les troubles. La période d'amélioration peut être très longue, comme nous allons le voir.

Observation XXIV. — Mme M. L., 39 ans.

Depuis 8 ans la malade est obligée de se coucher au moment de ses règles, qui sont extrêmement abondantes.

En décembre 1930 elle présente une hémorragie considérable durant 50 heures. La malade est très affaiblie, sa tension artérielle tombe à 9-4, son pouls est à 130.

L'examen révèle un utérus fibromateux, bosselé, mobile, surtout développé à droite, de la grosseur d'une orange.

Après une injection de 20 cc. de sang de sa fille l'hémorragie cesse. Une autre injection identique est pratiquée. Les ménorragies diminuent considérablement, et Mme L... peut mener de nouveau une vie active ; de telle sorte qu'une opération, qui paraissait indispensable, n'est plus nécessaire 6 ans après.

Dans cette observation l'urgence et le mauvais état général de la malade ont fait pratiquer l'hétérohémothérapie de préférence à l'autohémothérapie. C'est là une variante de la méthode que nous conseillons. L'action en est identique et ce sont des raisons essentiellement pratiques qui nous ont conduit à employer le plus souvent l'autohémothérapie.

LES METRORRAGIES

Nous étudierons sous ce titre les hémorragies génitales ne coïncidant pas avec les règles, mais ainsi que nous l'avons vu dans les chapitres précédents il est bien difficile de faire rentrer les faits cliniques rapportés dans des cadres rigoureux. En réalité, nous verrons encore des ensembles de troubles, mais ici ce sont les métrorragies qui constituent l'élément dominant.

Observation XXV. — Mlle G. G., 18 ans.

Les règles, apparues à 13 ans, sont normales. A l'âge de 16 ans, à la date des règles, apparaît une hémorragie très abondante, accompagnée de caillots, et qui dure un mois. Depuis ce moment la malade a des pertes presque continues, s'arrêtant parfois un jour ou deux, et qui l'ont beaucoup fatiguée.

On commence un traitement autohémothérapique qui fait cesser les hémorragies.

Mais après la cinquième injection la malade recommence à avoir des pertes très abondantes mêlées de caillots.

On fait encore 3 A.H., les hémorragies cessent. Les règles s'établissent régulièrement. Elles sont d'abondance normale et durent trois jours.

L'amélioration notable qui s'est produite depuis le début du traitement persiste. Un an après la malade est très satisfaite : « Le traitement a beaucoup amélioré mon état, nous écrit-elle, car j'étais soignée depuis longtemps et n'avais aucun résultat, et depuis ce traitement je me porte très bien ».

Observation XXVI. — Mlle I. A., 17 ans.

Les règles, établies à 12 ans, sont normales pendant un an, puis elles deviennent irrégulières avec parfois des périodes d'aménorrhée de plusieurs mois.

D'autres fois les règles surviennent deux fois dans le mois.

Au moment où nous voyons la malade elle perd continuellement du sang depuis huit mois.

Au toucher rectal l'utérus ne paraît pas gros. Au spéculum on ne trouve pas de polype.

On commence une série d'autohémothérapie. Après 5 injections l'hémorragie cesse. Après la 6^e, le 16 décembre 1935, surviennent les règles, qui sont normales et durent 6 jours.

A partir de ce moment s'installe une aménorrhée, accompagnée de bouffées de chaleur. L'utérus ne paraît pas gros.

Le 3 mai 1936, un soir seulement, la malade expulse quelques caillots, après des douleurs très vives.

Du 9 juin au 23 août la malade présente un suintement rouge presque continu, avec toujours beaucoup de bouffées de chaleur.

Puis la malade a ses règles du 13 septembre au 2 octobre.

On fait une A.H. le 19 octobre 1936. Les règles surviennent du 24 au 31 octobre, du 25 novembre au 1^{er} décembre, du 28 décembre au 3 janvier 1937.

Nous avons volontairement rapproché ces deux observations.

La première, en effet, apparaît comme un cas de métrorragies pures. La malade était antérieurement bien réglée, et après la série de 8 A.H. qui a fait cesser les métrorragies, les règles se sont établies parfaitement normales.

La seconde observation, au contraire, constitue un bon exemple de ces ensembles de troubles dont nous parlions au début de ce chapitre. Mlle I. A., que nous traitons pour des métrorragies, n'avait jamais été bien réglée. Après une amélioration très nette, mais passagère, à la suite du traitement, la même histoire clinique se reproduit, et à nouveau une seule A.H. fait cesser la métrorragie et rétablit des règles normales.

Ce fait nous semble difficile à interpréter. S'agit-il d'une sensibilisation en rapport avec les 10 mois qui se sont écoulés entre la première série et la dernière A.H., permettant ainsi un choc plus net ? De toute façon il semble bien qu'en cas de récurrence on soit autorisé à renouveler la thérapeutique.

Observation XXVII. — Mme B..., 28 ans.

La malade présente des métrorragies.

Une hystéro-salpingographie montre un double petit hydrosalpinx que Mme B... ne veut pas faire opérer.

Après 2 A.H. les métrorragies disparaissent. La guérison persiste encore deux ans plus tard.

A ce sujet, remarquons que la coexistence de métrorragies et d'une lésion organique n'implique pas forcément l'inefficacité du traitement autohémotherapique. Nous avons vu, au chapitre précédent, avec les ménorragies d'origine fibromateuse, d'autres exemples analogues, et il nous semble bien que, dans de nombreuses affections génitales, les hémorragies, au début tout au moins, puissent être considérées comme fonctionnelles.

LE PRURIT VULVAIRE

Nous rapporterons, dans ce chapitre, quelques observations curieuses dans lesquelles l'autohémothérapie a guéri certains prurits vulvaires. Nous avons constaté que cette thérapeutique est loin d'être infailible ; néanmoins il convient d'y penser dans les cas rebelles et dans ceux où aucune cause ne peut être mise en évidence.

Observation XXVIII. — Mme S. F., 31 ans.

Les règles, établies à 10 ans, sont régulières, survenant tous les 25-28 jours, d'abondance normale.

La malade n'a pas de pertes blanches et présente du prurit vulvaire.

Après une A.H. les démangeaisons ont disparu du côté injecté.

Après la 2^e A.H. le prurit a disparu des deux côtés.

On revoit la malade neuf mois après ; elle a été complètement guérie par les deux injections de sang, sans aucun autre traitement.

Observation XXIX. — Mlle F. B., 20 ans.

La malade présente depuis un an du prurit vulvaire et quelques pertes blanches.

A l'examen on trouve un utérus en rétroversion ; il existe une légère métrite du col que l'on cautérise au nitrate à 20 %.

Après 4 A.H. le prurit a beaucoup diminué, les pertes également.

A la 8^e A.H. le prurit a disparu ; il persiste encore quelques pertes blanches ; on fait une nouvelle cautérisation au nitrate à 20 %.

Dans cette observation il semblerait au premier abord que le prurit était en rapport avec les pertes blanches. Or, après le traitement autohémotherapique, le prurit a totalement disparu, alors que les pertes blanches persistaient, malgré une première cautérisation.

Les deux observations précédentes se rapportaient à des femmes en activité génitale : voici maintenant un cas de prurit chez une femme ménopausée.

Observation XXX. — Mme L. W., 45 ans.

Depuis deux ans la malade est réglée irrégulièrement : elle présente des bouffées de chaleur qui ont été améliorées par l'hamamélode et le benzogynoes-tryl.

Actuellement la malade n'a plus de règles depuis 5 mois ; elle présente du prurit vulvaire et souffre au moment des rapports.

Les troubles n'ont pas été améliorés par 5 pansements picriqués et 5 applications d'effluves.

On fait une série d'A.H.

A la 2^e la malade éprouve une amélioration très sensible.

A la 8^e injection le prurit a complètement disparu.

Nous voyons par ces trois observations que la méthode peut agir dans des cas très différents. Mais répétons encore qu'il ne faut pas trop attendre de cette thérapeutique

LES TROUBLES DE LA MENOPAUSE

Au cours de précédents chapitres nous avons vu l'autohémothérapie avoir une influence heureuse sur certains troubles congestifs utéro-ovariens. D'autre part nous avons constaté qu'elle pouvait également avoir une action sur des phénomènes vaso-moteurs généraux comme les bouffées de chaleur (Obs. XXI). Ceci explique l'action de l'autohémothérapie sur les troubles de la ménopause, que nous allons étudier maintenant.

Observation XXXI. — Mme M. M., 48 ans.

Depuis un an les règles sont insuffisantes, ne durant qu'une journée et demie, s'accompagnant de migraines. Depuis 4 mois la malade n'a plus de règles, elle accuse des migraines fréquentes et beaucoup de bouffées de chaleur.

Après 4 A.H. la malade se sent améliorée ; les bouffées de chaleur sont beaucoup moins nombreuses.

A la 7^e les bouffées de chaleur et tous les malaises ont disparu.

Après cette observation nous en verrons deux concernant la ménopause artificielle.

Observation XXXII. — Mme S. S., 46 ans.

La malade a subi 6 applications de rayons X pour un fibrome accompagné d'hémorragies. A la suite de ce traitement la malade n'a plus de règles, mais beaucoup de bouffées de chaleur et des sueurs abondantes.

Après 8 A.H. la malade est très améliorée et les troubles ne se reproduisent plus.

Observation XXXIII. — Mme C. D., 47 ans.

A la suite d'une salpingite bilatérale une hystérectomie totale a été faite à la malade il y a 4 ans. Depuis sont apparues des bouffées de chaleur et des céphalées. La malade, qui se sent souvent très fatiguée, a grossi de 8 kilogs.

On pratique 8 A.H., après lesquelles les céphalées et les bouffées de chaleur disparaissent ; la malade est très améliorée et peut à nouveau mener une vie active.

Nous voyons ainsi que l'action de l'autohémothérapie est identique sur les troubles de la ménopause, qu'elle soit naturelle ou artificielle et, dans ce dernier cas, quel que soit le mode de castration.

LA STÉRILITÉ

L'application de l'autohémothérapie au traitement des stérilités trouve son origine dans un fait curieux observé par M. ABRAMI il y a une quinzaine d'années : une malade traitée pour furonculose devint enceinte à la troisième injection de 20 cc. de son propre sang, alors qu'elle avait précédemment recherché, en vain, une grossesse.

Depuis, la méthode a été appliquée dans de nombreux cas de stérilité sans cause locale apparente. En effet, on éliminera les stérilités qui sont liées à des causes organiques ; on s'assurera de la présence de spermatozoïdes chez le procréateur, on vérifiera qu'il n'existe pas d'acidité anormale du vagin, de métrite ou d'atrésie du col, d'anomalie ou de flexion exagérée de l'utérus, d'imperméabilité tubaire : car dans tous ces cas il est inutile d'essayer la méthode.

Nous verrons le traitement s'appliquer également dans des cas de stérilité primitive et de stérilité secondaire.

Observation XXXIV. — Mme M. M., 32 ans.

La malade vient consulter pour des troubles des règles : depuis 5 ans les règles sont irrégulières, dou-

loureuses les premiers jours, très abondantes et mêlées de caillots. Par ailleurs on apprend que la malade, bien que désirant un enfant, n'a jamais eu de grossesse.

A l'examen l'utérus est en antéflexion, petit. les annexes et le col sont sains.

On institue un traitement autohémothérapique.

A la 3^e injection les règles surviennent beaucoup moins abondantes et peu douloureuses.

A la 7^e une grossesse est constatée et l'on interrompt le traitement.

Observation XXXV. — Mme de C..., 23 ans.

La malade, qui a une fille, désire un autre enfant, qu'elle ne peut avoir.

Quatorze séances de diathermie ne donnent aucun résultat.

Quatre mois après on commence une série d'A.H.

Le mois suivant les règles ne surviennent pas. Il s'agit d'une grossesse qui se termine par l'accouchement d'un garçon.

Mais cette méthode, qui peut donner de bons résultats, n'aboutit pas toujours ; aussi a-t-on cherché à l'améliorer : la remplacer par l'hétérohémothérapie à l'aide du sang du procréateur n'a pas mieux réussi ; mais, par contre, l'associer à la diathermie, a souvent permis l'obtention d'une grossesse ; là où l'autohémothérapie seule a été inefficace, l'adjonction d'un traitement diathermique a eu d'heureux effets, de mê-

me l'adjonction d'un traitement autohémotherapique à la diathermie, jusqu'alors inopérante.

Observation XXXVI. — Mme E. S., 20 ans, nulligeste.

Les règles, établies à 12 ans 1/2, sont régulières, s'accompagnant de quelques douleurs le premier jour.

À l'examen l'utérus est en antéflexion, un peu mou, mobile. Les annexes et le col sont sains.

Sept séances de diathermie ne donnent aucun résultat.

L'adjonction à la diathermie d'une série d'A.H. amène, après la 4^e injection, un retard de règles. Il s'agit d'une grossesse.

Observation XXXVII. — Mme R. P., 21 ans, nulligeste.

Les règles, établies à 12 ans, sont irrégulières, avec parfois des interruptions d'un mois ou deux ; elles sont très douloureuses le premier jour.

L'examen montre un utérus en antéflexion, très mobile. Les annexes sont saines, le col petit et conique.

Après 13 séances de diathermie et une série d'A.H., l'utérus augmente de volume. La réaction de Friedman-Brouha est positive.

Observation XXXVIII. — Mme H. H., 42 ans.

La malade, qui a fait trois fausses-couches, a des règles régulières.

On fait une hystéro-salpingographie, qui montre un

utérus petit dont le col se déchire facilement et dont le fond est fixé ; il y a un faible passage péritonéal.

On commence parallèlement un traitement auto-hémothérapique et diathermique ; six mois après débute une grossesse.

Les résultats de cette méthode, dont nous venons de donner quelques exemples, sont intéressants, mais il pouvait sembler difficile de faire à leur sujet la part exacte de l'autohémothérapie. C'est pourquoi MM. ABRAMI, Jean DALSACE et R. WALLICH ont voulu déterminer la véritable valeur de cette thérapeutique par l'expérimentation sur des juments stériles. Ils exposent, dans un récent travail, leurs résultats, et nous sommes heureux de pouvoir publier un certain nombre d'observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

JUMENTS

Harly Burly :

1° 10 cc. le 8/4. Sang jument. Saillie le 9 et 11/4.

2° 50 cc. le 27/6. Sang mâle. — 28/6.

La jument est restée vide.

Royal Camps :

20 cc. Sang jument. Saillie le 9/4.

Pleine, a donné un mâle.

Iduvnéa :

1° 20 cc. Sang mâle. Saillie le 11/4 matin et soir.

2° 60 cc. Sang femelle — 27/6.

Jument restée vide. Cette jument est vide depuis

5 ans. Elle est encore vide cette année. Elle est abattue et à l'autopsie on trouve des ovaires scléro-kystiques.

Régliste :

1° 20 cc. Sang mâle le 11/4. Saillie le 11/4 et 13/4.

2° 40 cc. Sang femelle le 2/5. — 2/5.

3° 60 cc. — 24/5. — 24/5 et 25/5.

4° 75 cc. — 15/6. — 15/6 et 16/6.

Cette jument est restée vide.

Santoi :

1° 40 cc. Sang femelle le 2/5. Saillie le 2/5 et 4/5.

2° 20 cc. Sang mâle le 16/5. — 18/5.

3° 70 cc. — 30/5. — 30/5 et 31/5.

4° 80 cc. — 15/6. — 15/6 et 16/6.

Cette jument a été abattue et souffrait d'une métrite purulente.

Reine des Fées :

1° 40 cc. Sang femelle le 18/5. Saillie le 12/5 et 13/5.

2° 40 cc. — 30/5. — 30/5.

Cette jument est restée vide et a été abattue.

Varinka :

40 cc. Sang femelle le 18/5. Saillie le 18, 19, 21/5.

Cette jument a donné une pouliche qui est morte quelques heures après sa naissance de méningite des nouveau-nés.

Rochetta :

40 cc. Sang femelle le 2/5. Saillie le 2/5.

Cette jument a donné une pouliche morte à la naissance.

Edimburg Rock :

40 cc. Sang femelle le 2/6. Saillie le 2/6.

Restée vide.

Ebesh :

75 cc. Sang femelle le 15/6. Saillie le 15/6.

Pleine l'année suivante.

La Sarthe (vieille) :

60 cc. Sang femelle le 24/6. Saillie le 24/6.

Cette jument est restée vide et est abattue.

Farthing, Caravelle (jeunes juments) :

20 cc. de sang sont injectés après la saillie.

Les deux juments sont devenues pleines.

En résumé, sur ces 13 juments, stériles depuis des années, malgré des saillies périodiques, 6 sont devenues pleines après une série d'autohémothérapie ou d'hétérohémothérapie. Sur les 7 autres cas restés sans résultats on notera qu'il y avait une vieille jument (La Sarthe), et que 2 autres, qui ont été abattues, présentaient, l'une (Santoi), une métrite purulente, et l'autre (Iduvnéa), des ovaires scléro-kystiques.

Cette expérimentation sur l'animal montre bien que l'autohémothérapie, à elle seule, est capable de faire disparaître une stérilité.

CONCLUSIONS

Au cours de ce travail nous sommes resté sur un plan essentiellement pratique, essayant d'étendre aux troubles fonctionnels gynécologiques une thérapeutique qui s'est fortuitement révélée applicable à ceux-ci.

Les résultats nous ont paru fort satisfaisants ; toutefois il faut remarquer que l'efficacité de la méthode varie selon les troubles étudiés. Dans les troubles des règles, qu'il s'agisse de dysménorrhées ou de ménorragies, de même que dans les métrorragies et les troubles de la ménopause, nous avons obtenu de nombreux succès ; cependant, dans les ménorragies des fibromes il ne s'agit, comme nous l'avons vu, que d'un traitement symptomatique qui n'influe en rien sur le développement de la tumeur elle-même. L'action sur les prurits vulvaires est essentiellement inconstante, mais les succès obtenus incitent néanmoins à employer l'autohémothérapie.

Nous avons vu les résultats très intéressants que l'on peut obtenir dans les stérilités sans cause apparente. Et ici nous avons un argument solide en faveur de la méthode : c'est l'élément de pathologie comparée que nous ont fourni MM. ABRAMI, Jean DALSACE et R. WALLICH en appliquant cette thérapeutique à la stérilité des juments. Au cours de cette expérience vétérinaire

le succès a été observé dans plus de la moitié des cas, ce qui confirme les résultats obtenus en pathologie humaine, en dehors de toute idée de statistique.

Le mode d'action de l'autohémothérapie nous semble difficile à définir. En effet, nous n'avons étudié que des troubles fonctionnels, d'origine inconnue, qui sont groupés par la spécialisation médicale, et il semble difficile d'envisager que ces troubles relèvent tous d'une même cause sur laquelle agirait le traitement. D'autre part, sur des cas cliniques identiques, nous avons eu souvent des résultats variables, et cela aussi rend très difficile une interprétation.

C'est pourquoi nous n'avons voulu envisager la question que du point de vue strictement pratique. Le nombre des succès obtenus autorise à employer largement ce mode de traitement. En sa faveur plaident encore son innocuité absolue, son caractère peu onéreux, enfin sa simplicité qui le met à la portée de tous les praticiens.

Vu :

Vu :

Le Doyen :

Le Président de la Thèse :

ROUSSY.

ABRAMI.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI, JEAN DALSACE et WALLICH (R.). — Applications nouvelles de l'autohémothérapie au cours de la vie génitale de la femme. (*P. M.*, N° 38, 12 mai 1937, § 713-715.)
- ANTONINO. — L'autosieroterapia alla Gilbert (*Gaz. Méd. Ital.*, 1913, 62, 413).
- AVERETT. — La protéinothérapie non spécifique en gynécologie (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, février 1927).
- BENOIT. — Thérapeutique des complications respiratoires post-opératoires par l'autohémothérapie (*Thèse de Nancy*, 1935-1936).
- BREUER et BRUNNER. — Ueber parenterale Eiweissetherapie mittels hämolysierten Eigenblutt (*Monnatsch. f. Geburtsh. und Gynak*, 65, 341-350).
- EUSSE. — Die Behandlung von Gebärmutter Blutungen mit serum (*Zentralblatt für Gynak*, 13 février 1909).
- CHIARLI. — L'autohémothérapie citratée dans les maladies mentales. (*Thèse de Lyon*, N° 286, 1928-29.)
- COHN CREMPIN. — L'autohémothérapie en gynécologie (*Zentralbl. f. Gynak.*, 29 octobre 1927).
- DAVESNE. — Homohémothérapie dans la démence^a précoce (*Thèse de Paris*, 1927).
- DUMOILLARD. — L'autohémothérapie en dermatologie (*Thèse de Lyon*, 1923-1924).
- DUNCAN. — Autothérapie (*New-York* 1918, n° 12, 376).
- FALCOZ. — L'autohémothérapie dans les adénites chancrelleuses (*Thèse de Paris*, 1925).

- FAURE. — Hémothérapie dans l'asthme (*Thèse de Paris*, 1931).
- FISCHMANN. — Le traitement des verrues par l'autohémothérapie (*Thèse de Paris*, 1935).
- JOHN. — Autohémothérapie (*Muncherer Mediz. Woch.*, n° 5, 20 février 1934).
- KELLER. — L'autohémothérapie dans la lèpre (*Thèse de Paris*, 1930).
- LANDMANN. — Ueber Authämotherapie (*Verhandl. der Gesellschaft deutsch. Natter und Aerzte*, 1910-1911, 82, n° 2, 67-69).
- LAPEYRE. — Traitement des métrorragies par des injections de sérum animal (*La gynécologie*, 1908).
- LEVY-SOLAL. — De l'autohémothérapie dans les dermatoses gravidiques (4 observations) (*Gynécologie et Obstétrique*, Juillet, décembre 1922, 6, n° 5, 330-337).
- LOHNER. — L'autohémothérapie dans les infections inflammatoire des annexes (*Zbl. f. Gynak.*, 18 février 1928, 52, 437-439).
- LYON. — Auto et hétérosérothérapie : auto et hétérohémothérapie (*Bull. Méd. Paris*, 1923, 37, 423-427).
- MICHELET. — Clinique de l'autohémothérapie simple. L'Hémovaccin (*Sciences Médicales*, 31 décembre 1933).
- MONER. — Le sang médicament (*Médecin Français*, n° 5, 20 avril 1935).
- Autohémothérapie (*Journal des Praticiens*, 13 août 1935).
- MONHARAT. — Autohémothérapie (*P. M.*, n° 65, 15 août 1934).
- OIKE. — Self blood injection arresting hemorrhage of female genitals (*Jap. J. Obst. et Gynec.*, 14, 461-463, octobre 1931).
- PROETORIUS. — Pemphigus malignus durch einmalig intra venöse Blutinjektion geheilt (*Muncherer Mediz. Woch.*, 22 avril 1913, n° 16, 967-968).
- RAVAUT. — Essai sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses (*Ann. de Dermatol.* V° série, 1913, 4, 292-296).

- SCHILLING. — Autohémothérapie in inflammatory gynecologic diseases (*Gyogyaszat*, 74, 614- 616, octobre 21, 1934).
- SCHURER WALDEHEIM. — Mode d'action de l'autohémothérapie (*Deutsche Zeits f. Chir.*, 19 février 1933).
- SCHWAB. — L'autohémothérapie en gynécologie (*Aertzliche Rundschau*, 25 mars 1927).
- SEDILLOT. — Interprétation du mode d'action de l'autohémothérapie (*Clin. et Labo.*, n° 2, 20 février 1934).
- SEOANE. — Contribution à l'étude de l'hémothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles (*Thèse de Paris*, 1934).
- SICARD. — Homohémothérapie (*Marseille Médical*, 1918, 45, 353-357).
- Homohémothérapie sous-cutanée (*P. M.*, 1918, 26, 304).
- Hémorragies post-novarsénicales et homothérapie sous-cutanée (*Bul. et Mém. Soc. des Hôp.*, III^e série, 3 novembre 1922, 46, 1419-1421).
- SICARD et GUTMAN. — Autohémothérapie et épilepsie. Etude des réactions hémolytiques (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, III^e série, 19 juillet 1912, 34, 192-196).
- SPIETHOFF. — Zur Behrandlung mit Eigenserum und Eigenblut (*Méd. Klinik*, 1913, n° 24, 949-950).
- Zur Methode der Eigenbluthehandlung (*Med. Klin. Berlin*, 10 janvier 1915, II, 38).
- Defibriniertes Eigenblut in der Reithérapie (*Muncherer Mediz. Woch.*, 7 juillet, n° 27, 1003-1004).
- STERNHEIM. — Hormonale Umstimmung durch Ovaraden und Eigenblut injektion (*Med. Welt*, 30 janvier 1932, 6, 164).
- TARTERAT. — L'autohémolysothérapie en oto-rhino-laryngologie (*Thèse de Paris*, 1926).
- TENCKHOFF. — Von der Behandlung mit Eigenblut (*Deutsch Med. Wochensch.*, n° 50, 1748-1752).

- THIES. — Zur Behandlung der Extrauterin gravidität (*Zentralbl. f. Gynäk.*, 1914, 38, 1191).
- TZANGK. — Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine.
- WACHTEL. — Autohémothérapie in ovarian and inflammatory hemorrhages (*Zbl. f. Gyn.*, 52, 630-635, 10 mars 1928).
- WEILL (P.-E.). — Les ménorragies de la puberté (*Société Méd. des Hôpitaux*, 28 juin 1912).
- Traitement des hémorragies génitales de la femme (*La Gynécologie*, 6 mai 1913).
- WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et BRISSAUD (Et.). — Traitement anti-anaphylactique de l'hémoglobinurie (*Sem. Méd.*, 24 déc. 1913. p. 613).
- Les phénomènes anaphylactiques dans l'asthme (*Presse Méd.*, 11 juillet 1914).
- Réaction d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. (*Bull. Soc. Méd. Hôpit. Paris*, 13 février 1914).
- A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques (*Bull. Soc. Méd. Hôpit. Paris*, 12 juin 1914).
- WITHERSPOON. — Traitement des troubles menstruels par l'injection de sang de femmes enceintes (*New-Orléans Med. and Surg.*, août 1933, p. 85).
- ZIMMERMANN. — Hämolysiertes Eigenblut als unspezifisches Reizmittel (*Zbl. f. Gynk.*, 1923, n° 38, 1504-1509).

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
HISTORIQUE	11
Application de l'Autohémothérapie à la Gynécologie	17
Technique	21
Observations	25
Les troubles de la menstruation	26
Les ménorragies	35
Les métrorragies	42
Le prurit vulvaire	46
Les troubles de la ménopause	49
La stérilité	51
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59



IMPRIMERIE SPECIALE

DE

MM. VIGOT Frères



